

200 16 637 IV  
SCP/PES/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Dezember 2016**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Peter

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 8. Juni 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1966 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2014 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen an. Bezüglich gesundheitlicher Beeinträchtigungen nannte sie Depressionen, Ängste, Schlafstörungen und Rückenschmerzen (Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle tätigte in der Folge in erwerblicher und medizinischer Hinsicht Abklärungen (AB 9.1 – 9.8, 11, 14, 17, 19, 20). Dabei zog sie unter anderem die Akten der C. \_\_\_\_\_ als der mit der Versicherten bereits vorbefassten Krankentaggeldversicherung bei, welchen ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. November 2013 (AB 9.7 S. 7 ff.) beilag. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst RAD (AB 24) beauftragte die IV-Stelle zudem Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer psychiatrischen Begutachtung der Versicherten (Gutachten vom 28. Juni 2015; AB 37.1).

Am 16. Oktober 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Die Abklärungen hätten ergeben, dass ihr Beschwerdebild von belastenden psychosozialen Faktoren herrühre, welche im Vordergrund stünden. Ein davon unabhängiger, verselbständiger Gesundheitsschaden im Sinne der Invalidenversicherung liege nicht vor (AB 49).

Gleichen Tags ging der IV-Stelle ein Verlaufsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2015 zu (AB 50).

Mit Schreiben vom 13. November 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch die B. \_\_\_\_\_ AG, gegen den Vorbescheid der IV-Stelle vom 16. Oktober 2015 Einwände (AB 52), welche sie mit Eingabe vom 3. Dezember 2015 unter Beilage eines Austrittsberichts der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2015 ergänzend begründen liess (AB 56).

Die IV-Stelle unterbreitete das Dossier in der Folge Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom RAD, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zur Beurteilung und Stellungnahme. Diese datiert vom 2. März 2016 (AB 59).

Am 3. März und am 5. April 2016 gingen der IV-Stelle weitere Berichte der Klinik F. \_\_\_\_\_ zu (AB 61, 64, 65), worauf die IV-Stelle die so vervollständigten Akten erneut Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zur Stellungnahme unterbreitete (siehe Stellungnahme des RAD vom 11. Mai 2016; AB 69).

Mit Verfügung vom 8. Juni 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten ihrem Vorbescheid vom 16. Oktober 2015 (AB 49) entsprechend ab, wobei sie die Berichte des RAD vom 2. März und 11. Mai 2016 zum Bestandteil der Verfügung erklärte (AB 70).

## **B.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch die B. \_\_\_\_\_ AG, am 5. Juli 2016 (Datum der Postaufgabe) Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. August 2016 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. Juni 2016 (AB 70). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem

nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabebereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

### **3.**

**3.1** Den Akten lassen sich im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte bei der Versicherten ab Mai 2013 einen Erschöpfungszustand wegen Mobbing am Arbeitsplatz und schrieb sie in der Folge ab dem 27. Mai 2013 vollständig arbeitsunfähig (AB 9.7 S. 23 ff.). Ab dem 11. August 2013 erachtete er sie für die bisherige Tätigkeit an einem Arbeitsplatz mit adäquater Arbeitssituation wieder für vollständig arbeitsfähig. Der Arbeitsstopp habe zu einer Besserung des Zustands geführt (AB 9.7 S. 20 f.).

**3.1.2** Gemäss Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, leidet die Beschwerdeführerin seit längerem an einer depressiven Symptomatik mit Antriebslosigkeit. Eine Suizidalität sei nicht gegeben. Sie lebe in einer psychosozial schweren Belastungssituation mit Trennung vom Ehemann und Stellenverlust im Juli 2013, was die Symptomatik habe akut werden lassen. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit bei diagnostizierter mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10: F32.1) sei bis Ende September 2013 attestiert worden. Ab dem 1. Oktober 2013 gelte die Versicherte als wieder zu 100% arbeitsfähig. Sie brauche in ihrer schwierigen familiären und beruflichen Lage weiterhin Unterstützung. Die Dauer der Begleitung durch sie, die bereits 2006 begonnen habe, sei ihrerseits nicht begrenzt. Das Ziel der Therapie sei, der Versicherten bei ihrer privaten und beruflichen Problematik behilflich zu sein (AB 9.7 S. 15 f.).

**3.1.3** Gemäss Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 12. November 2013 sei davon auszugehen, dass die Versicherte während Jahren aufgrund ihrer Doppelbelastung mit Kindererziehung und Arbeitstätigkeit überfordert gewesen sei. Sie habe durchgehalten, solange die Ehe stabil geblieben sei (AB 9.7 S. 10). In den letzten Jahren hätten sich jedoch schwerwiegende Eheprobleme eingestellt. Sie habe sich von ihrem Ehemann nicht mehr verstanden gefühlt. Dieser habe wegen dem Geld ständig Druck auf sie ausgeübt. Die gerichtliche Trennung sei unterdessen vollzogen worden. Gemäss Trennungsvereinbarung sollte der Ehemann aus der Wohnung ausziehen, was er aber nicht tue. Zurzeit fehle ihr die Kraft, ihn aus der Wohnung zu weisen, zumal er sie oft bedrohe. Andererseits sei sie froh, dass der Ehemann sie unterstütze (AB 9.7 S. 10 f.; siehe auch AB 9.7 S. 8 f.). An der letzten Arbeitsstelle solle ein

Mobbing stattgefunden haben. Diese Angabe könne er als Gutachter nicht überprüfen. Womöglich sei eine grundsätzlich schwierige Situation vorhanden gewesen, da die Versicherte ihre drei Kinder habe erziehen müssen und daneben in ... zu 60% arbeitstätig gewesen sei. Es sei eine Erschöpfungssymptomatik entstanden. Nach der Kündigung der Arbeitsstelle seien die Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode vorhanden gewesen. Im September 2013 sei es zum Zerwürfnis mit der langjährigen Psychotherapeutin gekommen. Diese habe sie ab dem 1. Oktober 2013 wieder voll arbeitsfähig geschrieben. Diese Beurteilung sei nicht ganz nachvollziehbar, habe die Psychiaterin doch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Eine solche führe in der Regel zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50%. Aktuell bestehe bei der Versicherten noch eine knapp mittelgradige depressive Episode. Es gebe ungünstige krankheitsfremde Faktoren: Berufliche und familiäre Überlastung, Eheprobleme usw. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte deswegen ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausübe. Die Prognose sei nicht ungünstig. Es müsse ein Fragezeichen hinter eine sofortige definitive Heilung gesetzt werden, solange die Versicherte in einer schwierigen persönlichen und familiären Situation lebe (AB 9.7 S. 11).

**3.1.4** Der die Versicherte seit Herbst 2013 behandelnde Hausarzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte bei dieser im März 2014 eine Erschöpfungs- bzw. Überlastungsdepression mit initial Panik- und Angstreaktion wegen Mobbing/Entlassung und chronischer Demütigung bei häuslicher Gewalt. Die Prognose sei eher gut. Sie sei abhängig von der privaten und (zukünftigen) beruflichen Situation bzw. ob sie Arbeit finde (AB 14 S. 2).

**3.1.5** Frau Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt mit Bericht vom 10. April 2014 einen gleichbleibenden Verlauf fest, da die Stressoren, welche die Versicherte stark belasteten und zur raschen Überforderung an einem möglichen Arbeitsplatz und im privaten Bereich führten, nach wie vor vorhanden seien und einer Genesung im Wege stünden (AB 19 S. 2).

**3.1.6** Im Juli 2014 diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ bei der Versicherten eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Störung bei

anhaltender Belastungssituation (ICD-10: F43.2). Die Patientin habe sich wegen länger andauernden Schlafstörungen infolge fortgesetzter Belastung mit familiären Veränderungen, emotionalen Ausgelaugtheits, Gefühlen der starken Beeinträchtigung bei der Bewältigung der alltäglichen familiären Routine, Gefühlen des Überfordertseins mit depressiver Entwicklung und Ängsten angemeldet. Es sei eine medikamentöse Behandlung in Kombination mit einer Gesprächstherapie und Entspannungsmethoden erfolgt. Die Symptome hätten sich dadurch nur geringfügig verändert, da die belastende Situation fortbestehe (AB 20 S. 2 f.).

**3.1.7** Gemäss Austrittsbericht der Klinik F.\_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2015 konnte kein therapeutischer Prozess in die Wege geleitet werden. Da die familiäre, berufliche und finanzielle Situation verstrickt gewesen sei, hätten mit Hilfe des sozialdienstlichen Angebots Gespräche mit dem Kostenträger und der KESB geführt werden müssen. Das Gespräch mit dem Kostenträger habe ergeben, dass die Taggelder in Kürze auslaufen würden und die Versicherte ein Gesuch um Sozialhilfe einreichen sollte. Das Gespräch mit der KESB habe ergeben, dass die aktuelle Familiensituation problematisch sei und weitere Abklärungen durch die KESB am Laufen seien. Eine Betreuung durch die Psychiatriespitex nach Klinikaustritt sei besprochen und in die Wege geleitet worden. Wegen Gewaltdrohungen durch den Ehemann habe sich der gesundheitliche Zustand im Verlauf des Aufenthalts destabilisiert, so dass zwei Kostengutsprachverlängerungen beim Kostenträger hätten beantragt werden müssen (AB 56 S. 5). Die Versicherte habe einen chronischen Konflikt mit dem Ehemann geschildert, der sie „zermürbe“ und ihr alle Energie geraubt habe. Nach der Trennung 2013 sei er immer wieder bei ihr eingezogen, letztmals habe sie ihn im November mit Unterstützung der Polizei aus dem Haus gebracht. Nun müsse er aber wegen ihrem geplanten stationären Aufenthalt wieder bei ihr wohnen, weil er nur so die Möglichkeit habe, die beiden jüngeren Kinder zu betreuen. Die ältere Tochter (17-jährig) wohne in einer WG. Sie „hasse den Vater“ und sei gar nicht glücklich, dass er wieder bei ihr einziehen werde. Dass sie nun wieder auf den Ehemann angewiesen sei, sei sehr schwierig für sie, aber sie benötige die stationäre Therapie unbedingt. Sie brauche Ruhe und mehr Stabilität. Mittlerweile könne sie sich auch damit abfinden, dass die Kinder beim Vater wohnen würden. Insbesondere den bestehenden finan-

ziellen Druck halte sie jedoch kaum noch aus. Sie könne ihrer Arbeit als ... seit dem Jahr 2013 nicht mehr nachgehen. Wiederholt sei sie „gemobbt“ oder ungerecht behandelt worden. Dies, aber auch die Behandlung durch den Ehemann hätten ihr Selbstwertgefühl auf den Nullpunkt gebracht. Der Selbstwert sei aufgrund der „Demütigungen“ durch den Vater schon immer klein gewesen. Aktuell sei sie nicht in psychotherapeutischer Behandlung. Sie habe die bisherigen Psychiater als „nicht kompetent“ erlebt. Bei ihrem Hausarzt fühle sie sich ausreichend verstanden und ernst genommen. Finanziell sei es schwierig. Die Krankentaggeldversicherung habe die Zahlungen aufgrund eines Gutachtens im Dezember 2014 eingestellt. Ende November habe ein IV-Gutachten stattgefunden, bei welchem eine generalisierte Angststörung diagnostiziert worden sei (AB 56 S. 3 f.).

**3.1.8** Gemäss dem Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2015 gab die Beschwerdeführerin im Untersuchungszeitpunkt vom 4. Dezember 2014 an, sie habe das Gefühl, dass sie unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden könnte. Ihre drei letzten Stellen seien schlimm gewesen. Nicht nur ihre häusliche Situation, sondern auch die beruflichen Schwierigkeiten hätten ihr arg zugesetzt. Sie habe das Gefühl, total versagt zu haben. Sie habe sehr grosse Angst, wie es finanziell weitergehen könne, habe panische Angst, dass sie nicht mehr in der Lage sein werde, sich um ihre Kinder zu kümmern. Sie habe Schuldgefühle ihren Kindern gegenüber, hasse sich manchmal dafür, dass sie nicht mehr zu leisten vermöge (AB 37.1 S. 7). Sie habe ihre Behandlung bei Frau Dr. med. K. \_\_\_\_\_ im Sommer 2014 sistiert. Sie habe sehr schlechte Erfahrungen gemacht, habe Eflexor verschrieben bekommen und darunter Blutdruckkrisen entwickelt. Sie habe sich auch nicht ernst genommen gefühlt (AB 37.1 S. 8). Psychopathologisch zeigte die Versicherte anlässlich der Begutachtung gemäss Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ein deutlich ausgeprägtes depressives Zustandsbild. Bei unauffälliger schulischer, familiärer und beruflicher Entwicklung sei eine Persönlichkeitsstörung zu verneinen. Akzentuierte (selbstunsichere und ängstlich-vermeidende) Persönlichkeitszüge lägen vor. Der Verlauf der Störung sei gesamthaft durch eine bereits deutliche Fixierung der Beschwerden im Sinne einer deutlichen Chronifizierungstendenz der depressiv-ängstlichen Symptomatik trotz adäquater Behandlung gekennzeichnet. Die Chronifizierungstendenz werde wesentlich unter-

halten durch die ungünstige Wechselwirkung der relevanten depressiven Störung und Angststörung sowie der interagierenden psychosozialen Hemmfaktoren (AB 37.1 S. 15 f.). Zum Untersuchungszeitpunkt liege vor dem Hintergrund einer akzentuierten (dependenten, selbstunsicheren, ängstlich-vermeidenden) Persönlichkeit eine 80%-ige Arbeitsunfähigkeit für jedwelche Tätigkeiten aufgrund der mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik und der generalisierten Angststörung (deren typische Symptome von der Versicherten beschrieben worden seien; vgl. AB 37.1 S. 16) vor (AB 37.1 S. 17). Invaliditätsfremde Faktoren (ungewisse berufliche Zukunft, finanzieller Engpass, Dekonditionierung, ausgeprägte subjektive In-suffizienzüberzeugung, laufendes versicherungsrechtliches Verfahren) seien dabei von ihm abgegrenzt worden und nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer Tätigkeit miteingeflossen (AB 37.1 S. 18).

**3.1.9** Gemäss Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2015 kam es wegen zwischenmenschlichen Konflikten (Abgrenzungsprobleme gegenüber dem Ehemann, belastende Rückmeldungen von Behörden) nach einer initialen Stabilisierung des Gesundheitszustands zu einer rapiden Verschlechterung. Die Versicherte habe berichtet, dass sie sich von der Betreuung in der Tagesklinik etwas vernachlässigt gefühlt habe. Zudem hätten Gespräche mit der KESB und einer Freundin die Woche vor dem Austritt aus der Tagesklinik extrem Druck ausgelöst. Sie habe sich sozial, finanziell und zwischenmenschlich unter Druck gefühlt. Ihr Ehemann (in Trennung lebend) habe es zudem versäumt, während den Schulferien der zwei jüngeren Kinder Ferien einzugeben, was wiederum für die KESB wie eine Vernachlässigung der Kinderbetreuung hätte wirken können. Somit habe sie sich entschieden, den Aufenthalt in der Tagesklinik frühzeitig zu beenden, um während den Ferien bei den Kindern sein zu können. Sie habe zunehmend auch Schwierigkeiten gehabt, für die Transportkosten zwischen ... und ... aufzukommen, was sie in ihrer Entscheidung bestärkt habe, die Therapie in der Tagesklinik abzubrechen. Ende Mai seien die Versicherungsgelder ausgeschöpft und der Antrag auf Sozialhilfe noch hängig gewesen. Die Invalidenversicherung habe ihr eine schlechte Prognose auf Besserung des Gesundheitszustands gegeben. Entlastend sei gewesen, dass ihr Sozialarbeiter beim Ausfüllen der Anmeldung für Sozial-

hilfe habe helfen können und ihr Ehemann den Antrag sogar unterschrieben habe. Sie fühle sich zurzeit viel entspannter. Als Diagnosen nannten die Ärzte der Klinik F. \_\_\_\_\_ eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10: F62.1) sowie eine Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung (ICD-10: F40.0). Berufliche Tätigkeiten seien nur noch im geschützten Rahmen möglich (AB 50 S. 2 f.).

**3.1.10** Mit Kurzaustrittsbericht vom 1. Februar 2016 hielten die Ärzte der Klinik F. \_\_\_\_\_ fest, dass es im Rahmen einer erneuten tagesklinischen Behandlung nach initialer Stabilisierung der psychischen Verfassung zu einer weiteren Dekompensation bei multiplen psychischen und psychosozialen Belastungsfaktoren gekommen sei. Trotz psychotherapeutischen Bemühungen habe eine Stabilisierung der psychischen Verfassung in der Tagesklinik nicht gewährleistet werden können. Es habe sich eine klare Indikation für einen stationären Aufenthalt gestellt. Dies sei auch der Wunsch der Patientin gewesen (AB 61).

**3.1.11** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom RAD stellte am 2. März 2016 zusammenfassend fest, dass der gesamte „Krankheitsverlauf“ in hohem Masse von äusseren Einflüssen, die in allen Berichten ausführlich geschildert würden, gekennzeichnet sei. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Anhaltspunkte, dass ohne die psychosozialen Belastungsfaktoren eine der in den Berichten genannten Störungen entstanden wäre oder aufrechterhalten würde. Zudem begründete er, warum die geltend gemachten somatischen Störungen (Rückenschmerzen, Hypothyreose) keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu begründen vermöchten (AB 59 S. 3).

**3.1.12** Gemäss Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 22. März 2016 ist die Versicherte am 18. Januar 2016 aus einem ambulanten Setting heraus wieder in ihre psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik eingetreten. Bei Eintritt seien eine traurig-bedrückte Symptomatik sowie eine starke Überforderung im Vordergrund gestanden. Als Auslöser dafür habe die Versicherten den (unverarbeiteten) Tod ihrer Mutter und die sich daraus entwickelnden Erbschaftsstreitigkeiten mit ihren Geschwistern angegeben (AB 64 S. 2). Weiter habe sie von grossen existentiellen Ängsten und Sor-

gen berichtet. Sie sei ausgesteuert, finde keine Arbeit, erhalte von ihrem Ehemann kaum Unterstützung und eine Unterstützung durch die IV sei abgelehnt worden. Mittlerweile müsse sie sich Geld von ihrer Tochter ausleihen. Als Diagnosen wurden wiederum eine posttraumatische Belastungsstörung, eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit sowie eine Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung genannt (AB 64.1 S. 1).

**3.1.13** Mit Austrittsbericht vom 24. März 2016 berichtete die Klinik F. \_\_\_\_\_ über eine stationäre Behandlung der Versicherten vom 2. Februar bis 8. Februar 2016 und vom 15. Februar bis 8. März 2016. Vor dem Eintritt am 2. Februar 2016 habe die Versicherte berichtet, dass sie viel Schweres erlebt habe, wie den unerwarteten Tod der 80-jährigen Mutter im Oktober, darauffolgende Erbstreitigkeiten unter den Geschwistern, im Dezember sei das Arbeitslosengeld ausgelaufen und es sei seither finanziell ziemlich knapp. Die IV-Anmeldung sei abgelehnt worden. So sei ihr alles zu viel geworden. Sie sei sehr erschöpft. Die Beziehung zu ihrem Mann, mit dem sie getrennt im selben Haus lebe, sei derzeit sehr angespannt und so fühle sie sich von ihm wenig wahrgenommen und entsprechend einsam und verloren. In psychischer Hinsicht diagnostiziert wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10: F62.1) sowie eine Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung (ICD-10: F40.00; AB 65 S. 1).

**3.1.14** Aufgrund der seit seiner zusammenfassenden Stellungnahme vom 2. März 2016 eingetroffenen weiteren Berichte nahm Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom RAD am 11. Mai 2016 eine erneute Beurteilung vor. Die Ausführungen in den neusten Berichten zur depressiven Verstimmung seien teilweise nachvollziehbar. Eine „schwere“ Episode könne aus seiner Sicht aus den dargestellten Verhaltensbeobachtungen und den Umständen des unterbrochenen Klinikaufenthalts aber nicht abgeleitet werden. Insofern sei aus seiner Sicht bereits diese Diagnose nicht korrekt. Zur Diagnose „Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit“ (ICD-10: F62.1) seien keine Erklärungen abgegeben worden. Die Diagnose sei in den Berichten weder begründet noch seien Auswirkungen auf das Verhalten der versicherten

Person beschrieben worden. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, in den früheren Berichten noch erwähnt, werde im Austrittsbericht vom 24. März 2016 nicht mehr genannt, was auf eine diagnostische Unsicherheit schliessen lasse. Die übrigen, zumeist somatischen Störungen seien alle gut behandelbar und hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2015 werde die schwierige Situation der Versicherten in der Kindheit ausführlich dargestellt. Schule und Studium seien von Ängsten geprägt gewesen, sie habe aber alle Anforderungen gemeistert. Ihre Anstellungsverhältnisse nach dem Studienabschluss seien teilweise kurz, teilweise aber auch länger gewesen. Die im Gutachten erfragten aktuellen Beschwerden seien ganz überwiegend ängstlich und depressiv gefärbt gewesen. Zu beachten sei, dass die Diagnostik von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ unter Einwirkung der doch erheblichen krankheitsfremden psychosozialen Faktoren zustande gekommen sei. Nach eingehenden Untersuchungen inkl. psychologischen Testverfahren habe Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine generalisierte Angststörung sowie eine rezidivierende depressive Störung und (ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) eine „akzentuierte Persönlichkeit“ diagnostiziert. Die später daraus entstandenen Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit seien nicht nachvollziehbar. Diese Diagnosen würden im Verlaufsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2015 erstmals aufgeführt und in späterem Berichten wiederholt. Im Text würden allerdings überwiegend krankheitsfremde Faktoren aufgezählt. Der psychopathologische Befund sei mit Ausnahme von deutlichen Hinweisen auf Ängste und eine Depression überwiegend unauffällig gewesen. Aus diesem Grund halte er, wie bereits in seinem Bericht vom 2. März 2016 erwähnt, die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Persönlichkeitsänderung für unzulässig. Dementsprechend sei festzustellen, dass mit den neu eingetroffenen ärztlichen Berichten weder eine Verschlechterung des Gesundheitszustands festgestellt, noch eine korrekte Diagnostik durchgeführt worden sei und somit keine Tatsachen bekannt geworden seien, die die bisherige Beurteilung in Frage stellten (AB 69 S. 2 f.).

**3.2** Sämtliche Berichte beschreiben psychosozial widrige Lebensumstände und damit einhergehend die Entwicklung bzw. das Bestehen eines im Wesentlichen ängstlich-depressiven Zustandsbilds. Die Berichte stimmen auch darin überein, dass die festgestellte psychiatrische Symptomatik in ihrer Ausprägung mit den psychosozialen Belastungsfaktoren korreliert. So wird von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bezüglich Prognose festgehalten, hinter eine sofortige definitive Heilung müsse ein Fragezeichen gesetzt werden, solange die Versicherte in einer schwierigen persönlichen und sozialen Situation lebe (AB 9.7 S. 11). Dies deckt sich mit der Beurteilung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 25. März 2014, wonach die medizinische Prognose von der privaten und (zukünftigen) beruflichen Situation der Versicherten abhängt (AB 14 S. 2). Im gleichen Sinne wurde sodann von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ festgehalten, dass der Verlauf gleichbleibend sei, weil die stark belastenden Stressoren, welche zu einer raschen Überforderung der Versicherten an einem möglichen Arbeitsplatz und im privaten Bereich führten, nach wie vor vorhanden seien (AB 19 S. 2; siehe auch AB 20 S. 3). Dass das Fortdauern bzw. die Chronifizierungstendenz der depressiv-ängstlichen Symptomatik wesentlich durch die interagierenden psychosozialen Hemmfaktoren unterhalten wird, entspricht sodann auch explizit der Beurteilung durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (AB 37.1 S. 16). Auch aus den diversen Berichten der Klinik F. \_\_\_\_\_ ergibt sich nichts anderes. Aus deren Bericht vom 7. Mai 2015 geht hervor, dass ein therapeutischer Prozess wegen der sehr verstrickten familiären, beruflichen und finanziellen Situation nicht habe in die Wege geleitet werden können, sondern dass es vordringlich darum gegangen sei zu versuchen, mit Hilfe des sozialdienstlichen Angebots die psychosozialen Belastungsfaktoren zu reduzieren, um der Beschwerdeführerin zu helfen (AB 56 S. 5). Jede Veränderung des Zustandsbilds wird in den betreffenden Berichten sodann nachvollziehbar mit einer Veränderung der psychosozialen Belastungsfaktoren begründet („Wegen Gewaltdrohungen durch den Ehemann destabilisierte sich der gesundheitliche Zustand“ [AB 56 S. 5], „Nach initialer Stabilisierung des Gesundheitszustands rapide Verschlechterung wegen zwischenmenschlichen Konflikten (Abgrenzungsprobleme gegenüber Ehemann, belastende Rückmeldungen von Behörden)“ [AB 50 S. 2]; siehe sodann E. 3.1.12 und E. 3.1.13 hiervor). Nicht zuletzt belegt durch die Berichte der Klinik F. \_\_\_\_\_ ist bei dieser Aktenlage mit dem Beweisgrad der über-

wiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die psychiatrische Symptomatik der Beschwerdeführerin durch die Vielzahl der erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren im Sinne einer Aneinanderreihung von reaktiven Störungen getriggert wird und nicht Ausdruck eines eigenständigen, von den erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren verselbstständigten Gesundheitsschadens ist. Die diesbezügliche Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin bzw. den RAD ist nach dem Dargelegten schlüssig und überzeugt.

**3.3** Soweit gegen diese Beurteilung eingewandt wird, Dr. med. E.\_\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit explizit krankheitsfremde Faktoren wie die ungewisse berufliche Zukunft, den finanziellen Engpass, die Dekonditionierung, die ausgeprägte subjektive Insuffizienzüberzeugung und das laufende versicherungsrechtliche Verfahren "aussenvorgelassen" (vgl. AB 37.1 S. 18), ist festzuhalten, dass diese Abgrenzung dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell entspricht, gemäss welchem auch psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, medizinisch relevante Gesundheitsschäden darstellen. Solche Störungen berechtigen jedoch nicht zu einer Invalidenrente, zumal der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung solche Störungen abweichend von dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell nicht miteinschliesst (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 sowie E. 2.5 hiavor). In Bezug auf die advokatorisch anmutende Kritik an der RAD-ärztlichen Beurteilung durch die Klinik F.\_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 3), die krankheitsfremden psychosozialen Faktoren seien nicht erheblich und hätten nur einen minimalen Einfluss auf das Leidenbild (vgl. BB 3 S. 3), ist aufgrund der Ausführungen hiavor festzustellen, dass diese Auffassung auch unter Berücksichtigung der in Medizin und Sozialversicherungsrecht unterschiedlichen Krankheitsbegriffe klar aktenwidrig und realitätsfremd ist. Bezüglich der in diesem Bericht vertretenen Thesen kann auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort verwiesen werden.

**3.4** Zusammenfassend ist gestützt auf die medizinischen Akten erstellt, dass die Beschwerdeführerin an keinem invalidisierenden Gesundheitsschaden leidet. Die unstrittig vorhandene psychiatrische Symptomatik stellt keinen eigenständigen, von den erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren verselbstständigten und damit aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht relevanten Gesundheitsschaden dar (vgl. E. 3.2 hiavor) und auch in somatischer Hinsicht ist (unstrittig) kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. Juni 2016 (AB 70) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.